

TRABAJO FINAL DE GRADO

Análisis de la situación de vulnerabilidad social de mujeres
inmigrantes que carecen de asistencia sanitaria

*Analysis of the situation of social vulnerability of immigrant
women who lack health care*

Autor:

Héctor Grasa Ortega

Directora:

M^a Jesús Ballestín Miguel

Codirectora:

Adoración Burro Dal

Facultad de Ciencias Sociales y del trabajo

Curso 2018/2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

Resumen	3
Abstract	3
1. Introducción	4
2. Marco teórico	5
2.1 El fenómeno de la inmigración	5
2.2 Feminización de la inmigración	7
2.3 Atención y derecho a la asistencia sanitaria.....	8
2.4 Definición de conceptos	10
3. Hipótesis y objetivos.....	13
3.1 Hipótesis	13
3.2 Objetivo general	13
3.3 Objetivos específicos	13
4. Material y métodos	14
4.1 Tipo de estudio	14
4.2 Población diana, muestra y temporalidad	14
4.3 Metodología	15
4.4 Variables e indicadores.....	15
5. Resultados	16
6. Discusión.....	24
7. Conclusiones.....	25
8. Bibliografía.....	27
9. Anexos	30

RESUMEN

En el transcurso de los tiempos el proceso migratorio ha sido considerado una cuestión masculina. La feminización de la inmigración, poco a poco, está nutriendo de valor al sector femenino. Sin embargo, el hecho de tratarse de mujeres entraña una mayor vulnerabilidad social, puesto que a su situación de inmigrante se suma la condición de género, lo que puede derivar en situaciones de exclusión social.

La investigación se centra en conocer las circunstancias, en las que se encuentran una vez llegan a España, de aquellas mujeres sin derecho a asistencia sanitaria que acuden a la consulta de trabajo social de un centro de salud. De esta forma, tras analizar sus situaciones, el perfil de mujer más común ha sido de nacionalidad nicaragüense, con edades comprendidas entre los 18 y 29 años, sin apenas recursos económicos propios, con hijos menores en sus países de origen y sin redes de apoyo.

Palabras clave: Proceso migratorio, feminización de la inmigración, vulnerabilidad social, exclusión social, asistencia sanitaria.

ABSTRACT

Over the course of time the migration process has been considered a male issue. The feminization of immigration is slowly feeding the female sector. However, the fact that women were women meant greater social vulnerability, since their immigrant status was compounded by gender, which could result in situations of social exclusion.

The research focuses on finding out the circumstances of those women who are not entitled to health care and who come to the social work consultation of a health centre once they arrive in Spain. Thus, after analysing their situations, the most common profile of women has been of Nicaraguan nationality, with ages between 18 and 29, with any economic resources of their own, with minor children in their countries of origin and without support networks.

Key words: Migration process, feminization of immigration, social vulnerability, social exclusion, health care,

1. INTRODUCCIÓN

En 2018 tuve la oportunidad de poder desarrollar mis prácticas de grado en el Centro de Atención Primaria de Fernando El Católico, ubicado en Zaragoza. Desde entonces, el ámbito de la atención primaria, desde la perspectiva del trabajo social, me ha causado curiosidad e interés por conocer el trabajo que se efectúa en ese sector. La atención primaria de salud es el nivel más básico de atención y comprende, según la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, las actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de enfermedades, mantenimiento de la salud, asistencia sanitaria, rehabilitación física y trabajo social. Según Ituarte (citada en Abreu, 2009, pág. 74) el trabajo social en el ámbito sanitario se define como:

“La actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si se derivan de aquellas.”

Asimismo, el trato que recibí, tanto por los profesionales del centro como por los pacientes durante los 4 meses de mi estancia allí, y el trabajo que pude observar que desempeñaba la trabajadora social, me llevaron a plantearme realizar mi trabajo final de grado sobre algún colectivo con el que hubiera tenido algún contacto de trabajo.

Puesto que, en los últimos años, podemos observar como el fenómeno migratorio ya no solo es una cuestión masculina, sino que cada vez, y con mayor frecuencia, elevados porcentajes de mujeres se suman a este proceso, me he decantado por llevar a cabo mi investigación sobre mujeres inmigrantes.

El presente estudio se centra en mujeres inmigrantes que acuden a la consulta de trabajo social de un Centro de Salud Atención Primaria, y en las circunstancias en las que se encuentran inmersas tras su llegada al país de destino. La información se obtendrá de la revisión de informes sociales realizados por la trabajadora social. Además, se ha solicitado la autorización pertinente para realizar la investigación a la Comisión de Investigación del Sector II de Zaragoza y al CEICA (Comité de Ética de Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón), los cuales me han proporcionado los consentimientos necesarios.

Se realiza un análisis sobre el fenómeno de la inmigración y la feminización que tal proceso está sufriendo, además de conocer conceptos clave como el duelo migratorio o vulnerabilidad social, mediante la consulta de bases electrónicas (ProQuest, Google Académico, Dialnet) revistas de trabajo social, diferentes libros y manuales. Asimismo, se exponen aquellos preceptos que, en ocasiones, han favorecido y en otras han perjudicado al colectivo inmigrante en cuanto a asistencia sanitaria. Tras ello, se realiza la hipótesis de partida y los objetivos a conseguir. Posteriormente, se lleva a cabo la metodología, y se analizan los resultados alcanzados a través de informes sociales. A continuación, se discuten los resultados, y para concluir, se extraen las conclusiones finales.

A través de mi proyecto de investigación, se puede observar que el proceso migratorio no es algo sencillo. Las mujeres inmigrantes poseen una carga adicional, al hecho de ser mujer e inmigrante se añade el hecho de tener que dejar a sus hijos en su país de origen, lo que, sumado a su estancia en solitario en un nuevo país, puede generar situaciones complicadas de sobrellevar.

En definitiva, por todo lo expuesto anteriormente, me resulta interesante llevar a cabo mi proyecto de investigación sobre este colectivo, para que de una u otra forma, la población pueda conocer la situación en la que se encuentran una vez llegan a un país totalmente distinto del que procedían.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 EL FENÓMENO DE LA INMIGRACIÓN

La realidad del fenómeno de la inmigración es muy poco conocida. Ciertamente, es muy conocido el significado del concepto de inmigrante, pero no tanto todo el proceso que este colectivo sufre desde que comienza el traslado desde su país de origen al nuevo destino. La inmigración es un tema recurrente en la actualidad, puesto que cada vez y, con más frecuencia, miles de personas emigran en busca de una nueva vida.

El fenómeno migratorio suele suponer, además de un traslado físico a otro lugar de destino, un cambio social a gran escala. El individuo decide iniciar el proceso de traslado cuando lleva a cabo el acto de emigrar como consecuencia de una serie de factores negativos que operan en el punto donde empieza todo, y de factores positivos que esperan encontrar en el punto de llegada. Asimismo, las migraciones se pueden clasificar atendiendo a diversos aspectos como: migraciones de carácter obligatorio, de carácter voluntario, migraciones de larga distancia, de corta distancia, de larga estancia, corta estancia, económicas, no económicas... En cualquier caso, todo aquel movimiento de individuos producido dentro del propio país, debido a las leyes que nos gobiernan, es considerado como un derecho humano, algo que podemos hacer a nuestro libre albedrío, mientras que, por el contrario, aquellos movimientos entre fronteras pueden ser considerados como un delito (Jansà y García, 2004).

El proceso migratorio puede caracterizarse por tratarse, bien como una oportunidad o bien como un problema. Por un lado, la inmigración como una oportunidad puesto que puede conllevar efectos positivos para aquellos individuos implicados en el proceso, es decir, las personas abandonan y huyen de su país de origen en busca de unas perspectivas de vida adecuadas y un mercado laboral que les permita poder desarrollarse como personas. Por otro lado, la inmigración como un problema, puesto que en muchas ocasiones este fenómeno puede provocar en el país de acogida situaciones de xenofobia, situaciones violentas y rechazo (González, Lomas y Rodríguez, 2010)

Navarro (2010) reseña que la inmigración puede considerarse como un fenómeno de gran relevancia en la mayoría de los países del mundo occidental, ya sea vista desde una concepción económica como social. Sin embargo, a pesar de tratarse de un fenómeno actual de suma importancia, la inmigración siempre ha existido y siempre lo hará, puesto que las grandes diferencias entre países no se van a reducir, y con ellas los elevados porcentajes de personas que deciden trasladarse en busca de unas mejores condiciones de vida.

Según Ruíz (2004) una persona inmigrante es aquella persona que se desplaza de un territorio para asentarse en otro, es decir, la entrada en un país, región o lugar procedente de otro lugar, que implica un cambio de residencia temporal o definitiva. No se debe confundir inmigrante con extranjero. Los inmigrantes deben contar con algún tipo de documentación legal que acredite su situación en el país que los alberga, como inscritos en el padrón, ya que se trata de personas que deciden reubicarse en un nuevo país, y por lo tanto se encuentran sometidos a sus leyes. Mientras que una persona extranjera aun no es considerada como ciudadano del país anfitrión, pues puede que se encuentre de visita temporalmente, aunque si no cuentan con los documentos necesarios se considera que se encuentran en el país receptor de forma irregular.

Del mismo modo, Ruíz (citada en Bueno, s.f.), entiende por migración todos aquellos movimientos de personas en los que se pretende cambiar de residencia, atravesando diferentes límites geográficos que generalmente son divisiones político-administrativas.

Navarro (2010) nos recuerda que también existe un tipo de migración que se corresponde con aquellas personas que poseen un elevado nivel económico, los cuales no suelen despertar la voz de alarma en la población autóctona. Sin embargo, actualmente, una de las causas más comunes que obligan a los migrantes a abandonar sus países son las razones económicas, ya que se trasladan en busca de un empleo que les permita desarrollarse y a través del cual puedan mejorar sus condiciones de vida. Además, para esta autora la inmigración supone un proceso de cambio y adaptación a gran escala que puede dividirse en tres etapas diferenciadas: en primer lugar, la fase premigratoria, que conforma todas aquellas experiencias y momentos, positivas o negativas, que estas personas sufren, una vez deciden dejar atrás su país; en segundo lugar, la fase de aislamiento, es decir, el momento en el que llegan al país de destino, el cual puede llegar a alargarse hasta cinco años; en tercer y último lugar, la fase posmigratoria, es decir, el momento del proceso en el que ya están “asentados”, que se alarga desde los seis hasta los diez años desde la llegada al país destinatario. Todas estas fases conllevan a su vez, procesos de integración continuada y que, de una u otra forma, pueden llegar a influir negativamente en el estado de salud de cada una de las personas inmigrantes.

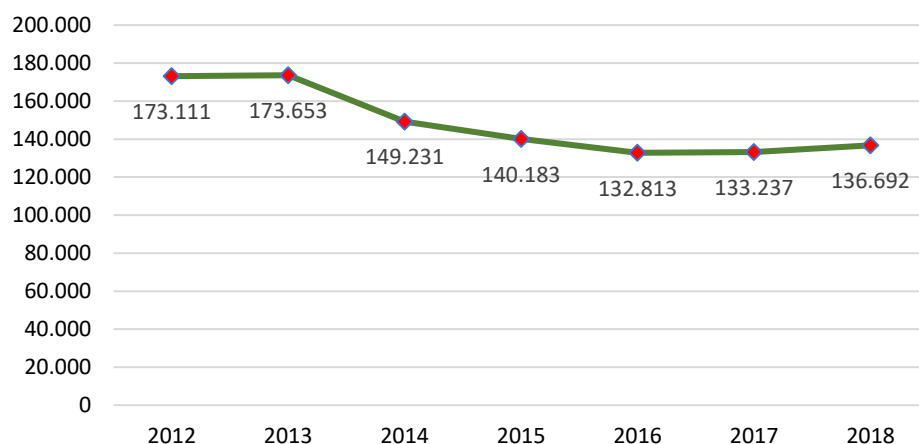
Aunque resulte de gran relevancia la integración del colectivo inmigrante en nuestra sociedad, ésta es un proceso bidireccional en el que no solo ellos forman parte y son los principales responsables, sino en el que la población autóctona también debe sumar y conocer el gran peso y el papel que deben desempeñar en este proceso. Por ello, además de gestionar el proceso actual de inmigración, también es importante adelantarse al futuro y planificar y diseñar las mejores soluciones y estrategias para resolver las problemáticas que acompañarán y afectarán de una u otra manera a la inmigración del futuro, como son, por ejemplo, la falta de recursos, la inseguridad laboral, las dificultades económicas, la falta de integración... Quizás, parte de la solución para atajar todas estas problemáticas sea valorar y tener más en cuenta el papel que desempeña la mujer inmigrante como eje familiar, ofreciéndoles diversas posibilidades para que puedan desarrollarse y continuar creciendo. (Navarro, 2010).

2.1.1 MIGRACIÓN EN ARAGÓN

Basándome en los datos del IAES (Instituto Aragonés de Estadística), podemos observar cómo, en el año 2018, la inmigración tanto de mujeres como de hombres en las diferentes ciudades aragonesas ha estado más que presente, llegando a situarse la cantidad de población de este sector en un total de 136.692 personas.

Ahora bien, la inmigración no siempre se ha mantenido en unas cifras estables. Aragón se caracteriza por ser una Comunidad Autónoma en riesgo de despoblación. El escaso crecimiento demográfico, concretamente en Huesca y Teruel, se explica por el balance migratorio negativo, es decir, en otros términos, abandonan los hogares más población que la que llega. Sin embargo, desde los años 90, los saldos de ambas provincias se han situado en porcentajes más equilibrados debido a los nuevos inmigrantes que deciden situar su hogar en Aragón (Lardiés, 2005).

En el siguiente gráfico podemos observar como el fenómeno migratorio en Aragón, desde el año 2012, ha tenido altas y bajas. En ese mismo año, se alcanzó un total de 173.111 personas inmigrantes, incluso se aumentó en torno a 500 más. Sin embargo, a partir de ese año, los números se redujeron un total de 23.880 personas y fue disminuyendo gradualmente hasta alcanzar un mínimo en 2016. La crisis azotó España y el motivo por el que muchos inmigrantes llegaban, principalmente búsqueda de empleo, dejó de existir. Sin embargo, a partir de ese año la población se ha vuelto a incrementar, por lo que podemos estar, de nuevo, ante el auge de este fenómeno.



Fuente: Elaboración propia (2019)

Con respecto a la nacionalidad de los inmigrantes, según los datos del IAES, en el año 2018 la procedencia de mayor volumen corresponde a migrantes comunitarios. Mayoritariamente, los inmigrantes de nacionalidad rumana son los que más habitan Aragón, siendo un total de 46.671 repartidos entre las tres provincias. En cuanto a los extracomunitarios, los marroquíes con un total de 18.359 son los que se posicionan en primera línea.

2.2 FEMINIZACIÓN DE LA INMIGRACIÓN

La cuestión de la perspectiva de género no siempre ha sido un aspecto importante en el desarrollo de los análisis del proceso migratorio. Sin embargo, la importancia de las mujeres en el proceso migratorio ha alcanzado tal envergadura, que no es posible abordar las propias migraciones sin tener presente la cuestión de género (Pérez 2008).

La feminización de la inmigración es ya una realidad que ha ido cogiendo fuerza, caracterizada por la presencia de un alto porcentaje de mujeres inmigrantes (Pérez, 2008). De esta forma, los cambios en la situación familiar junto con la flexibilidad del mercado laboral han generado ciertas demandas que están siendo cubiertas, en su mayoría, por el colectivo femenino (Navarro, 2010).

Según Canales, Zolniski, Bastía, Bravo y Caparrós (citados en Gutiérrez, Pena y Fiol, 2018) el factor de género establece un elemento vital en el proceso migratorio que influye en las decisiones de cuándo, dónde y quién emigrar, en relación a las funciones, roles y responsabilidades asociadas a cada uno de los miembros. Además, cabe destacar que algunas mujeres inmigrantes están sujetas a una triple discriminación de violencia social y psicológica ya que, a su situación de inmigrante se suma la condición de género y la de su condición étnica, lo que las posiciona en una situación de inferioridad respecto a la población autóctona y, por ello, las convierte en un sector de población especialmente vulnerable.

Además, por todo ello, en aquellas situaciones en las que es la mujer la que se ve obligada a abandonar su núcleo familiar en busca de mejores condiciones de vida, está se ve forzada a dejar a sus hijos y demás familiares, encontrándose en una situación de aislamiento y soledad. En numerosas ocasiones se van a encontrar con ciertas dificultades para relacionarse con sus compatriotas, ya sea por falta de tiempo o escasez de recursos, por lo que no contarán con algunos de los vínculos emocionales necesarios para llegar a alcanzar su bienestar psicológico. (Navarro, 2010)

Los patrones seguidos por la mayor parte de este colectivo están relacionados con la idea de emigrar solas con el objetivo de encontrar un empleo y obtener ingresos económicos para ella y sus familiares; con la huida debido a guerras, condiciones dramáticas o desastres naturales; o con el objetivo de poder estudiar y completar sus estudios (Pérez, 2008).

La condición de género ha generado una nueva visión de investigación que ha ido más allá, llegando al punto de situarse como un sector de estudio específico. Cada vez más y con mayor frecuencia, la mujer inmigrante ha ido atribuyéndose un protagonismo mayor en los flujos migratorios, siendo, anteriormente, invisibilizada por el sector masculino (Terrón, 2011). Así pues, ante la situación actual de inmigración que se está viviendo y, en concreto de las mujeres inmigrantes, se ha ido generando un cierto debate en la propia sociedad respecto, por un lado, al hecho de qué hacer y cómo trabajar con estas personas para que puedan integrarse en el conjunto de la sociedad y puedan gozar de los mismos derechos que la población autóctona, y por otro lado, cómo satisfacer y atender sus necesidades básicas para que no se encuentren en una situación de vulnerabilidad social (Navarro, 2010)

La mujer inmigrante y en especial la procedente de determinadas culturas tiene un papel fundamental en los procesos migratorios, siendo la proporción de mujeres igual o incluso superior a la de hombres en determinados momentos históricos. (Terrón, 2011) De esta forma, a pesar de que a lo largo de los tiempos las mujeres han estado presentes en las migraciones como reagrupación familiar, es ahora cuando se puede apreciar un importante aumento de las migraciones femeninas con carácter económico, utilizando su mano de obra en trabajos precarios y poco cualificados (Navarro, 2010).

2. 3 ATENCIÓN Y DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

En lo que respecta al acceso de los servicios sanitarios, según Mora (2007), se puede diferenciar un acceso en función de la situación administrativa de la persona inmigrada, es decir, existiría una escala en cuyo máximo escalafón encontraríamos a los nacionales del Estado receptor, seguidos de los extranjeros nacionales de la Unión Europea, los extracomunitarios que cuentan con permiso de residencia y aquellos inmigrantes en situación irregular. De esta forma, se puede observar que no solo existen diferencias entre la población inmigrante y la población autóctona, sino también entre inmigrantes puesto que no todos tienen reconocidos los mismos derechos.

Puesto que el colectivo a estudiar no cuenta con permiso de residencia y, por ello, parte de la necesidad de solicitar asistencia sanitaria, he creído conveniente analizar la situación legislativa referente al Sistema Sanitario, tanto en España como en Aragón, para así dar a conocer la existencia o inexistencia de sus derechos.

2.3.1 ÁMBITO NACIONAL

Uno de los grandes avances que se produjeron con la LO 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en el artículo 12.1, en la redacción modificada por la LO 2/2009, de 11 de diciembre, atribuía la asistencia sanitaria a personas inmigrantes en igualdad de condiciones que la población española, siempre y cuando estuviesen inscritos en el Padrón del municipio en el que tuvieran su domicilio. De esta forma podían obtener el derecho sanitario tanto los inmigrantes que contaban con el permiso de residencia como los que sin tenerlo estaban empadronados en un determinado municipio. (Delgado, 2014).

Asimismo, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, establecía un aseguramiento universal y permitía a todos aquellos titulares de derechos acceder al sistema

sanitario, antes de que se modificara en 2012 y prohibiera el acceso universal para aquellos no registrados ni autorizados.

La entrada en vigor del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, rompió con la universalidad establecida en la Ley General de Sanidad de 1986 en la que se establecía, en su artículo 1.2, que eran titulares de derechos todos aquellos ciudadanos españoles e inmigrantes cuya residencia estuviera establecida en España. La puesta en marcha del Real Decreto no solo quebró la universalidad y vulneró el derecho de muchas personas al acceso sanitario, sino que desfavoreció por completo a la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y generó inseguridad e incertidumbre en la mayor parte de la ciudadanía. De esta forma la prestación dejó fuera a todas aquellas personas no registradas ni autorizadas a residir en territorio español, excluyendo aquellas situaciones de urgencia por enfermedad o accidente, asistencia durante el embarazo, parto y posparto, y a los menores de edad (Vallejo, 2015)

La insostenibilidad del sistema, la lucha contra el turismo sanitario y el abuso de los ciudadanos comunitarios sobre el sistema español de salud fueron los principales motivos sobre los que el Gobierno se justificó ante tal acto. De esta forma, el principio de universalidad se dejó de aplicar en el acceso al sistema sanitario y se transformó en un modelo de aseguramiento. (Red Acoge, 2015).

Algunas de las declaraciones y justificaciones de las autoridades y responsables políticos recogidas en el informe “El laberinto de la exclusión sanitaria” elaborado por Amnistía Internacional (2013) daban a entender que España era el paraíso de la inmigración ilegal lo que significaba una injusticia social que un inmigrante tuviera los mismos derechos que un inmigrante regular o que la población autóctona.

El acceso al Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad y universalidad es un derecho fundamental para cualquier persona, y más aún cuando se trata de colectivos especialmente vulnerables quienes se ven privados de una asistencia sanitaria normalizada. El Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, eliminó el aseguramiento con cargos a los fondos públicos de la Seguridad Social y se vinculó con la residencia en España, lo que propiciaría un fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud. De este modo, la asistencia sanitaria pasaría a prestarse también a las personas inmigrantes no registradas ni autorizadas como residentes en España, buscando proteger a aquellos colectivos más vulnerables.

2.3.2 ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

La fragmentación que se produjo en el derecho a la asistencia sanitaria para este colectivo, impulsada por el Gobierno a través del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, provocó que las comunidades autónomas desarrollaran diferentes procedimientos.

En nuestro caso, por medio de la Instrucción de 7 de agosto de 2015, del consejero de sanidad, por la que se regula el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón para las personas extranjeras sin recursos económicos suficientes ni cobertura de asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, y con el único fin de estandarizar el procedimiento para garantizar el acceso a las personas extranjeras, el Consejo de Gobierno, en su sesión del día 29 de julio de 2015 delegó al Departamento de Sanidad, impulsar y adoptar las medidas adecuadas y necesarias para permitir el acceso a la asistencia sanitaria de las personas inmigrantes sin ningún tipo de recurso. De esta forma, en la presente Instrucción se plasmaron una serie de requisitos para que este colectivo pudiera ejercer su derecho, los cuales eran y son:

- Ser extranjero no registrado ni autorizado a residir en España.
- Estar empadronado en algún municipio de la Comunidad Autónoma de Aragón durante un período no inferior a tres meses.
- No poder exportar el derecho de atención sanitaria desde el país de origen.
- No tener reconocida la condición de asegurado por cualquier otra Administración.
- Ser mayor de dieciocho años.
- No disponer de recursos económicos necesarios.

2.4 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

Para conocer con mayor profundidad el colectivo sobre el que estoy basando mi investigación, he decidido analizar una serie de conceptos ligados al tema en cuestión:

2.4.1 PERMISO DE RESIDENCIA

Cuando hablamos de permiso de residencia, nos referimos a la “autorización” para residir en un determinado lugar, en este caso España. Asimismo, existen dos tipos de permiso de residencia, temporal y permanente, los cuáles las personas inmigrantes deberán obtener previamente.

En cuanto a la residencia temporal se trata de la situación que permite permanecer en el país de destino durante un período de tiempo superior a noventa días e inferior a cinco años. Además, la residencia temporal solo podrá concederse en aquellos casos en los que los inmigrantes se encuentren en el territorio español.

En cuanto al permiso de residencia permanente, tendrán derecho a poder obtenerlo aquellos inmigrantes que puedan acreditar haber residido legalmente en España durante al menos cinco años, no afectando a dicha continuidad, siempre que las correspondientes salidas se hayan producido de forma regular, es decir, ausencias por vacaciones, ausencias de hasta seis meses y ausencias debidamente justificadas, provocadas por motivos familiares o asistencia sanitaria.

2.4.2 DUELO MIGRATORIO

El proceso migratorio trae consigo situaciones dolorosas de pérdidas psicológicas y sociales que generan etapas y procesos de duelo. El duelo migratorio puede resultar de dos formas; en primer lugar “simple”, que aparece cuando la emigración se lleva a cabo en unas condiciones favorables que no entrañan peligro alguno, el inmigrante se encuentra con su entorno y le facilita la inclusión en el nuevo destino; en segundo lugar, el más frecuente, el duelo “complicado”, en este se puede llegar a poner en serio peligro la salud mental de la persona al estar expuesto a situaciones de estrés muy elevadas ya sea por el hecho de encontrarse en una situación de soledad, tener dificultades a la hora de poder acceder a un trabajo o no disponer de un lugar donde alojarse (Valentín, 2005)

Asimismo, según Achotegui, Tizón, Valladares, y Falicov (citados en Valentín, 2005) algunas de las características del duelo migratorio son:

- Es parcial, puesto que el sujeto de la pérdida no desaparece de forma permanente.
- Es un duelo recurrente, ya que está constantemente reabriéndose.
- Es un duelo de familia, puesto que la emigración supone la ruptura y separación de la unidad familiar.
- Es un duelo de cultura por la pérdida de hábitos, valores, costumbres y formas de vida.

- Es un duelo por nivel social debido a la pérdida de estatus social, ya que el inmigrante se sitúa en el último nivel de la sociedad.

2.4.3 VULNERABILIDAD SOCIAL

El concepto de vulnerabilidad encierra en sí mismo una gran dificultad. Se trata de una característica inherente a lo humano que se ha ido asociando no sólo con las propias condiciones del individuo sino también con las condiciones del medio en que su vida se desarrolla. De ahí, que se hable de poblaciones vulnerables aquellos sectores poblacionales que a consecuencia de factores del medio en el que desarrollan sus vidas o por las características que entraña su condición de ser, se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad. (Feito, 2007).

Según Feito (2007) la vulnerabilidad puede considerarse como, aun siendo intrínseca a lo humano, una característica inestable, cambiante y dependiente de factores que pueden modificarse y sobre los cuales se puede ejercer una intervención. Además, añade que pueden existir dos tipos de vulnerabilidad humana: una primera entendida como un factor de fragilidad de los seres humanos; y una segunda entendida como un factor condicionado y derivado de la pertenencia a un grupo, género, condición socioeconómica o cultura que convierte a los propios individuos en personas vulnerables.

Siguiendo en la línea de este autor, son muchos los colectivos que pueden encontrarse en una situación de susceptibilidad por los motivos comentados anteriormente. En mi caso, centrándome en el colectivo que pretendo estudiar, los inmigrantes y, en concreto el colectivo femenino, se encuentran en esta situación por diversas razones, que con frecuencia se superponen. En términos generales, pueden existir dos categorías: una situacional provocada por las condiciones en que el desplazamiento se produce, sucediendo con frecuencia cuando el traslado se realiza de manera irregular, provocando que las personas puedan ser víctimas de explotación y abuso por parte de traficantes y funcionarios corruptos; y otra individual, relacionada con las propias características individuales que sitúan a una persona en una posición de riesgo, como en el que este caso pueden experimentar las mujeres inmigrantes, debido al simple hecho de ser mujeres.

2.4.4 EXCLUSIÓN SOCIAL

El concepto de vulnerabilidad social está ligado a la exclusión social, ya que uno puede desembocar en otro. La exclusión se trata de un proceso multidimensional, en el que se tiende a separar tanto a individuos como a colectivos de una serie de aspectos sociales tales como, la educación, la salud, la cultura, entre otros, a los que otros colectivos tienen acceso y pueden disfrutar (Ramírez, 2008).

La exclusión social, como ya he comentado, supone un proceso en el que forman parte diversos agentes. Según Rizo (2006), los agentes de exclusión son; en primer lugar, el Estado, ya que no todos los derechos que tienen reconocidos los individuos y que les corresponden se traducen en normas reales; en segundo lugar, la economía y el mercado que excluyen a todos aquellos que se encuentran alejados de su red; en tercer lugar, la propia sociedad, la cual actúa como un factor de estigmatización por motivos étnicos, religiosos o culturales, lo que permite que el grupo mayoritario fortalezca su cohesión respecto al minoritario; en cuarto lugar, factores individuales como analfabetismo, adicciones, entre otras.

Asimismo, la exclusión social también puede entenderse como:

“una relación social que impide u obstaculiza el logro de una mejor posición social, superar una situación o un derecho a que se debiera tener acceso” (Chuaqui, Mally y Parraguez, 2016, pág. 163)

Además, continuando con estos autores, señalan que pueden diferenciarse tres niveles en los que se manifiesta la exclusión:

1. Como dificultad para ingresar en un sistema social
2. Imposibilidad de acceder a los derechos fundamentales
3. Mantenimiento dentro de un sistema por pésimas condiciones a nivel relacional

2.4.5 INCLUSIÓN SOCIAL

Ciertamente, la inclusión y la exclusión son dos conceptos que, en cierta medida y manteniendo las distancias, están estrechamente ligados. De forma metafórica, podríamos hablar de las dos partes de una moneda, la cara sería la inclusión y la cruz la exclusión. Por consiguiente, solo es posible hablar de inclusión, si previamente ha existido la exclusión.

Desde la UE la inclusión social se ha definido como:

“un proceso que asegura que aquellas personas en riesgo de pobreza y de exclusión social aumenten las oportunidades y los recursos necesarios para participar completamente en la vida económica, social y cultural, así como gozar de unas condiciones de vida y de bienestar que se consideran normales en la sociedad en la que viven.”

Del mismo modo, y siguiendo la línea de autores como Chuaqui, Mally y Parraguez (2016), para llevar a cabo políticas de inclusión social se debe fortalecer la idea de la participación organizada y en igualdad de condiciones para transformar las relaciones y otorgarle más poder a los grupos de personas involucrados.

2.4.6 INTEGRACIÓN SOCIAL

Resulta importante ante el fenómeno de la inmigración reflexionar y favorecer el concepto de integración de los propios inmigrantes, ya que todo este proceso resulta un cambio a gran escala en sus vidas. Por ello, la integración:

“es un proceso por el cual los inmigrantes se insertan en la estructura ocupacional, y aceptan progresivamente las instituciones, las creencias, los valores y los símbolos de la sociedad receptora”. (Solé, Alcalde, Pont, Lurbe y Parella, 2002, pág. 21)

Por ello, según estas autoras, el proceso global de integración, se estructura a su vez, en cuatro subprocesos:

1. Adaptarse a las condiciones del trabajo
2. Adecuarse a las nuevas condiciones de vida
3. Aceptación libre y voluntaria de las instituciones sociales
4. Adopción libre y voluntaria de las nuevas normas, costumbres e idiomas de la nueva sociedad

3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3.1 HIPÓTESIS

- El fenómeno migratorio genera situaciones de vulnerabilidad social en las mujeres inmigrantes, puesto que la mayor parte de este colectivo no dispone de recursos económicos, no tiene una vivienda en la que poder alojarse y no cuenta con ningún tipo de red de apoyo sociofamiliar.

3.2 OBJETIVO GENERAL

- Conocer la situación de vulnerabilidad social de las mujeres inmigrantes desde la perspectiva de pacientes que acuden a la consulta de trabajo social en un Centro de Atención Primaria.

3.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer los países de origen de las mujeres inmigrantes que solicitan asistencia sanitaria en un Centro de Atención Primaria.
- Conocer la situación sociofamiliar de este colectivo en relación a:
 - Número de hijos
 - Edad de los hijos
 - Lugar en el que se encuentran los hijos
 - Estado civil de las mujeres
- Conocer la situación socioeconómica en la que se encuentran inmersas:
 - Recursos económicos propios
 - Ayudas de familiares o amigos/compatriotas
- Conocer su situación en relación a la vivienda:
 - Vivienda propia
 - Conviven con familiares
 - Situación de aislamiento

4. MATERIAL Y MÉTODOS

La metodología utilizada en este trabajo de investigación parte de la necesidad de conocer la situación en la que las mujeres inmigrantes llegan a España, concretamente a la consulta de trabajo social del Centro de Salud de Fernando El Católico, ubicado en Zaragoza, con el objetivo, además de solicitar asistencia sanitaria, de poder mejorar sus condiciones de vida.

4.1 TIPO DE ESTUDIO

El presente trabajo se define como un estudio descriptivo transversal retrospectivo, queriendo conocer las circunstancias en la que las mujeres inmigrantes que solicitan asistencia sanitaria en un Centro de Atención Primaria se encuentran tras su llegada a España.

A la hora de realizar un trabajo de investigación, pueden distinguirse dos tipos diferenciados: la investigación cualitativa y cuantitativa. En mi trabajo he decidido utilizar el tipo cuantitativo, el cual parte de una idea que va, poco a poco, acotándose y, una vez ya delimitada y concretada, se derivan los objetivos y preguntas de nuestra investigación. De esta forma, se establecen una serie de hipótesis y objetivos y se determinan unas variables, se desarrolla un plan para comprobarlas, se miden todas aquellas variables que hemos decidido utilizar en nuestra investigación en un contexto determinado, se analizan los resultados obtenidos y se establecen conclusiones. (Hernández, Fernández y Baptista, 2006)

4.2 POBLACIÓN DIANA, MUESTRA Y TEMPORALIDAD

Como expone Ruíz (2002, pág. 49):

“Estudiar a todos y cada uno de los individuos de un universo demasiado amplio es prácticamente imposible, por otro lado, es preciso que los datos obtenidos en la investigación sean exactos y válidos”.

De esta forma, es imprescindible seleccionar una muestra adecuada para así poder reflejar las características del total de la población a estudiar y obtener la mayor fiabilidad posible en los resultados obtenidos.

El estudio se va a realizar a personas inmigrantes que soliciten asistencia sanitaria en la consulta de Trabajo Social en el Centro de salud de Fernando El Católico. Puesto que la feminización de la inmigración es un proceso que se está viviendo en la actualidad, el presente estudio se ha centrado en las mujeres inmigrantes y se ha realizado durante el periodo de tiempo de septiembre de 2018 hasta enero de 2019. Además, se han identificado un total de 60 informes sociales, de los cuales el 43% corresponden a hombres y el 57% a mujeres. En función de esto la muestra queda constituida por 34 mujeres.

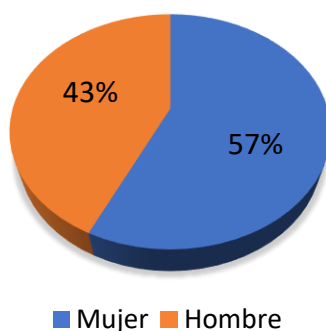


Gráfico 4.2.1 Sexo

4.3 METODOLOGÍA

Para poder conocer las experiencias o situaciones que han llevado a estas mujeres a abandonar su país de origen y acudir a España, es necesario recoger una serie de datos sobre sus situaciones vitales con el fin de reflejar todas esas experiencias en cifras, para que de esta forma se conozca la situación en la que llegan estas mujeres. La técnica que he decidido utilizar en mi trabajo de investigación es la revisión de datos secundarios. Esta técnica consiste en reunir todos aquellos datos recogidos, en este caso en informes sociales, para después poder plasmarlos en bases de datos y analizar los resultados obtenidos.

4.4 VARIABLES E INDICADORES

Las variables que se analizan en el informe social son las siguientes:

- Sexo
- Edad
- Nacionalidad
- Estado civil
- Convivencia
- Hijos
 - Número de hijos
 - Edad de los hijos
 - Lugar en el que viven los hijos
- Dependencia económica
- Tiempo en España

Asimismo, los indicadores a estudiar dentro de cada variable serán los siguientes:

- Sexo: Mujer y hombre.
- Edad: <29, 30-39, 40-49, 50-59.
- Nacionalidad: Nicaragua, Honduras, El Salvador, Ecuador, Colombia, Perú, Marruecos, Venezuela.
- Estado civil: Soltera, casada, separada.
- Convivencia: Familia, pareja, amigos/compatriotas, sola.
- Hijos
 - Número de hijos: 0, 1, 2, 3 o más.
 - Edad de los hijos: Mayores, menores.
 - Lugar en el que viven los hijos: País de origen, España.
- Dependencia económica: Familiar, amigos/compatriotas, empleo sumergido sin legalizar.
- Tiempo en España (meses): 0, 1, 2, 3 o más.

5. RESULTADOS

A continuación, se van a analizar las diferentes variables recogidas en los informes sociales:

En relación a la EDAD:

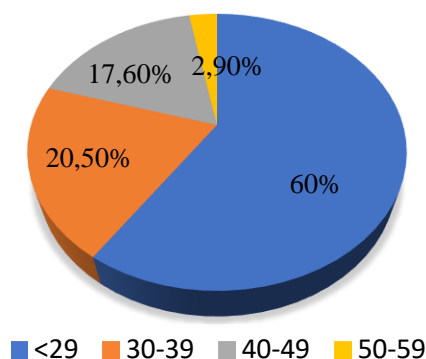


Gráfico 5.1 Edad

En los datos mostrados en esta gráfica, el 60% de mujeres atendidas en consulta poseen una edad inferior a los 29 años. Además, alrededor de un 20% se encuentran en un rango de edad de entre los 30 y 39 años y, aproximadamente un 18% de entre los 40 y 49 años de edad. Una minoría tienen edades comprendidas entre 50 y 59 años. Resulta interesante destacar como más de la mitad de las mujeres emigran en edades jóvenes, por lo que se refuerza la idea de emigrar en busca de un empleo para obtener ingresos económicos.

En relación a la NACIONALIDAD:

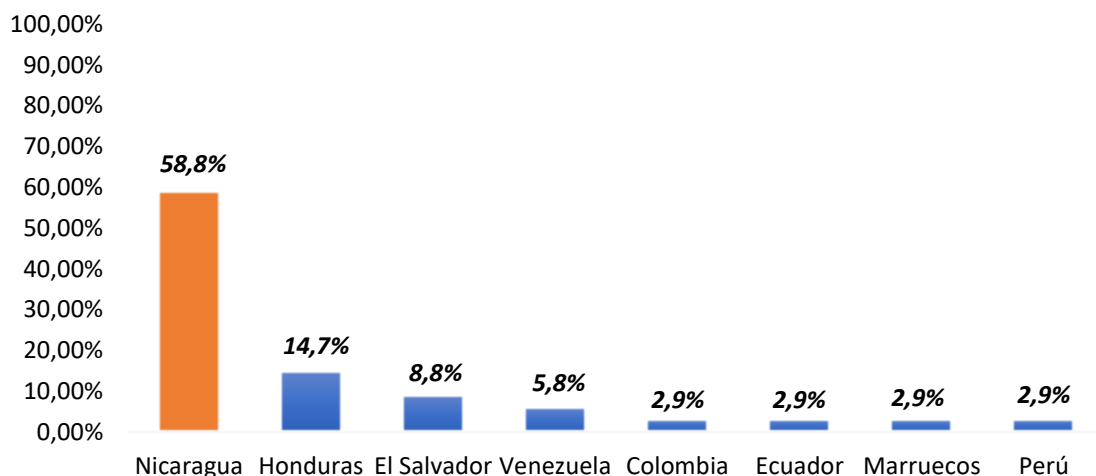


Gráfico 5.2 Nacionalidad

Respecto a la nacionalidad, la mayor parte de este colectivo son de origen latinoamericano. En primer lugar, el país de procedencia con mayor porcentaje, concretamente el 58,8%, es Nicaragua. En segundo lugar, y ya muy por debajo se sitúa con un 14,7% Honduras. En tercer lugar, encontramos a El Salvador con un 8,8%. En cuarto lugar, Venezuela con un 5,8% y por último Colombia, Ecuador, Perú y Marruecos con un

3% aproximadamente. Resulta importante destacar que la mayor parte de estas personas proceden de países latinoamericanos y tan solo uno de los ocho países estudiados es de procedencia africana.

En relación al ESTADO CIVIL:

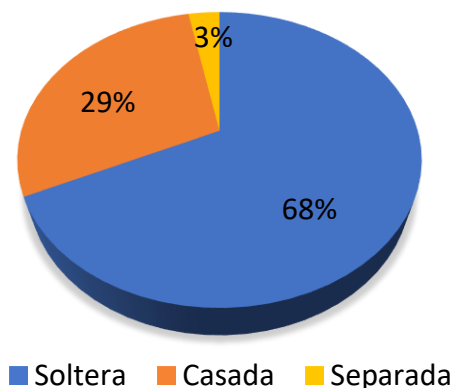


Gráfico 5.3 Estado civil

Respecto a esta variable, se observa como el predominio de mujeres solteras es notable con un 68%, mientras que un 29% están casadas y un mínimo 3% están separadas. Puesto que gran parte de la muestra son mujeres jóvenes, es lógico que también la mayoría sean solteras. Sin embargo, dado que el perfil está compuesto mayoritariamente por mujeres latinoamericanas, me resulta interesante el hecho de que una gran parte estén solteras, puesto que la edad de contraer matrimonio en países de esa procedencia es relativamente temprana.

En relación a la CONVIVENCIA:

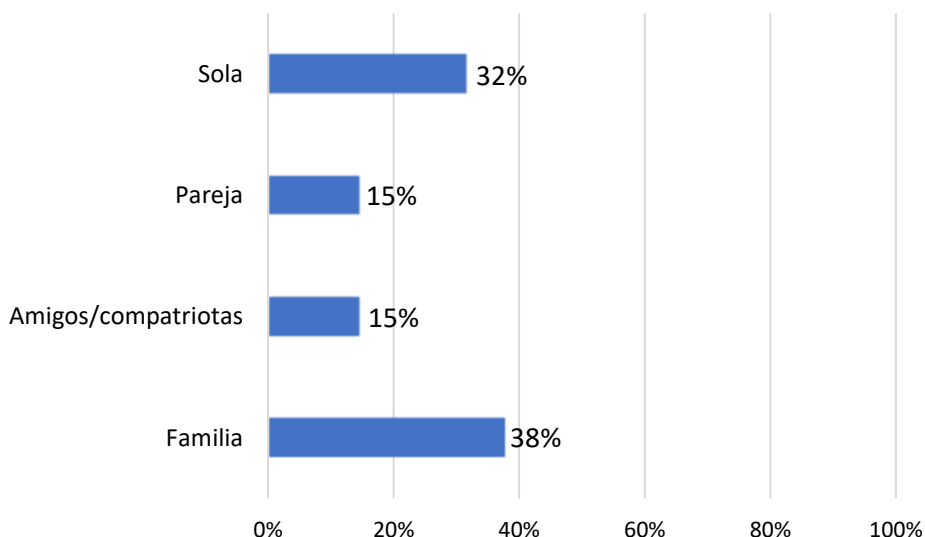


Gráfico 5.4 Convivencia

En el anterior gráfico se muestran las distintas formas de convivencia. En primer lugar, un 38% de este colectivo vive en el nuevo destino con sus familiares (padres, tíos, abuelos, primos, hijos...). Llama la atención que un porcentaje elevado, ocupando el segundo lugar con un 32% de las mujeres, se encuentran

solas, sin ningún tipo de red familiar o amigos cercanos en los que poder apoyarse, por lo que es posible que la estancia se haga todavía más complicada. Por último, con un 15% aproximadamente, las formas de convivencia se dan entre amigos y compatriotas y con sus respectivas parejas.

En relación a los HIJOS:

Se van a analizar tres indicadores diferentes sobre una misma variable. En primer lugar, el número de hijos. Así pues, como podemos observar en la gráfica izquierda, más de la mitad, el 53% de mujeres, no tienen hijos, el 18% cuentan con al menos un hijo, el 15% con dos hijos y el 14% con tres o más. De esta forma podemos observar, que, independientemente del porcentaje de mujeres que no tienen hijos el resto son porcentajes muy similares.

En segundo lugar, en la gráfica derecha aparecen representados los porcentajes relacionados con las edades de los hijos. Así pues, el 65% de los hijos son menores respecto al 35% de los hijos mayores de edad.

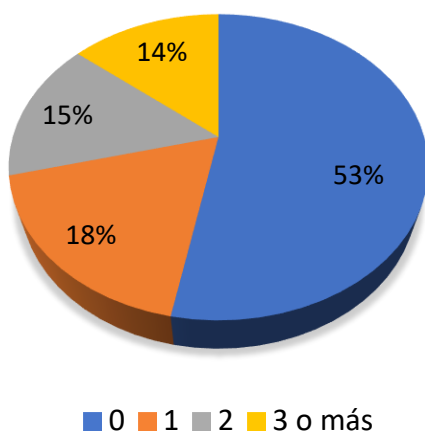


Gráfico 5.5 Número de hijos

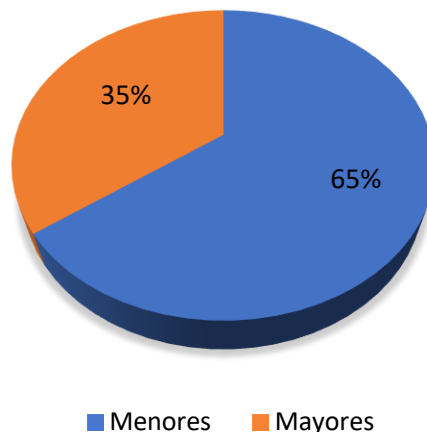


Gráfico 5.6 Edad hijos

En tercer y último lugar, hablaríamos del lugar en el que viven los hijos. De esta forma se distinguen entre aquellos hijos que se quedan en el país de origen y los hijos que viven con sus madres. Por ello, por un lado, del total de menores de edad, el 54% se quedan en el país de origen y el 46% restante viven en el nuevo destino. A pesar de tratarse de porcentajes similares, el desolador dato de menores sin sus madres es demasiado elevado. Por otro lado, podemos observar un claro predominio de chicos/as mayores de edad que no emigran, concretamente el 90%, y un 10% que sí lo hacen. Prácticamente la totalidad de los hijos mayores de edad se encuentran en el país de origen, por lo que al igual que en el caso de los hijos menores de edad se trata de un dato totalmente desolador. Cabe destacar, que el hecho de que parte de los hijos hayan viajado al país de destino, no significa que se encuentren viviendo con sus madres, por lo que ya no solo se hace duro el hecho de que gran parte de sus hijos se queden en el país de origen, sino que, en ocasiones, a pesar de viajar con ellas, puede darse el caso de que no estén conviviendo en el mismo domicilio.

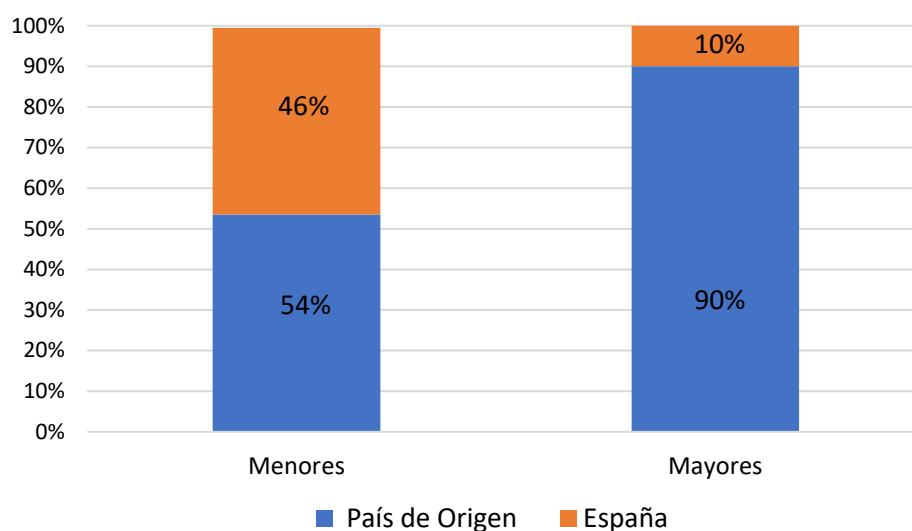


Gráfico 5.7 Lugar en el que viven los hijos

En relación a la DEPENDENCIA ECONÓMICA:

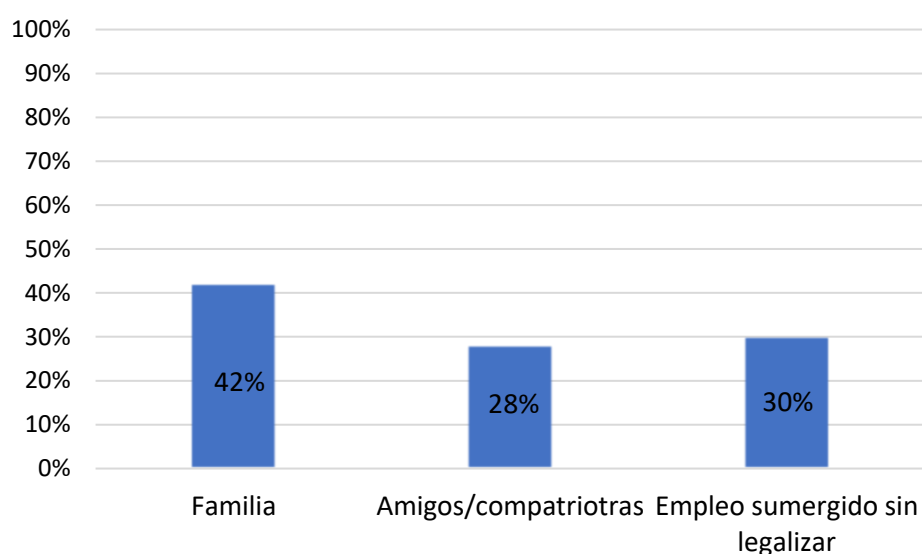


Gráfico 5.8 Dependencia económica

En primer lugar, se observa la dependencia económica de los familiares, representada con un 42%, puesto que la mayoría de ellas llegan sin ningún tipo de recurso económico propio. En segundo lugar, una dependencia basada en su propia subsistencia a través de empleos sumergidos dado que no cuentan con permiso de residencia, estaría representado por un 30% de mujeres. En la mayoría de los casos estas mujeres desempeñan trabajos domésticos o cuidados informales, por lo que no cuentan con un contrato de trabajo. Por último, con un 28% la dependencia de amigos/compatriotas. Ello indica que un gran número de mujeres (58%) se encuentra en situación de precariedad económica.

Para finalizar, en relación al TIEMPO EN ESPAÑA (MESES):

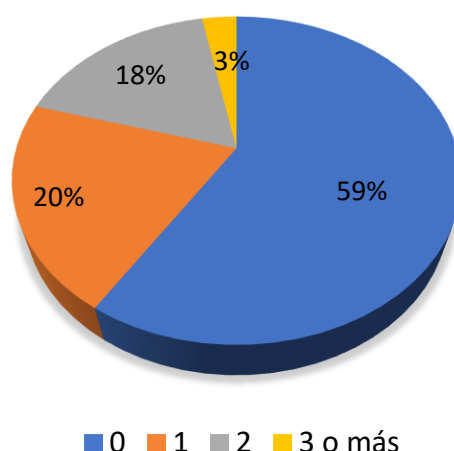


Gráfico 5.9 Tiempo residiendo en España (meses)

Por último, he analizado el tiempo que llevan viviendo en España y he podido observar lo siguiente; el 59% sólo llevan en España, en concreto, en Zaragoza, unos pocos días, no llegando ni al mes. El 20% apenas llevan un mes en el nuevo destino. El 18% tan solo 2 meses y, por último, un escaso 3% llevan 3 meses o más. Cabe destacar que uno de los requisitos para solicitar asistencia sanitaria es el hecho de llevar 3 meses o menos residiendo en el país destinatario. Teniendo en cuenta que todas las mujeres tienen la característica de “recién llegadas” al país, se observa que una de las prioridades de estas mujeres es obtener cobertura sanitaria, puesto que es lo primero que hacen nada más llegar a España.

Una vez concluida la investigación sobre las mujeres inmigrantes, he considerado de interés profundizar sobre la variable de la nacionalidad dados los resultados obtenidos.

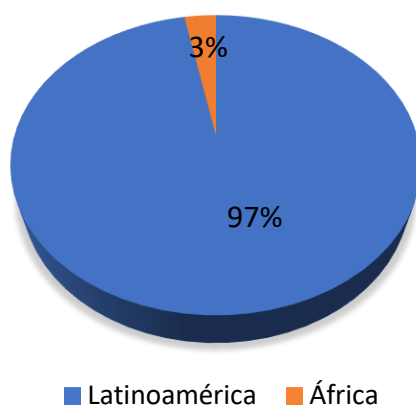


Gráfico 5.10 Procedencia

En mi opinión, de manera sorprendente, tan solo el 3% es de procedencia africana y el 97% es de procedencia íntegramente latinoamericana. Quizás parte de la respuesta a este dato sea la movilidad limitada desde los países africanos, es decir, no cuentan, en muchas ocasiones, con los medios necesarios para desplazarse a otros países, a diferencia de otros países como los de Latinoamérica.

En concreto, la nacionalidad más repetida ha sido la de mujeres nicaragüenses, por ello he indagado y he analizado tres aspectos que me han parecido interesantes para conocer cuál es la situación del colectivo de mujeres de esta procedencia.

En primer lugar, he querido conocer cuál es la edad con la que estas mujeres emigrantes. El 65% son mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 29 años de edad; el 20% entre los 30 y 39 años; y el 15% entre 40 y 49 años. De esta forma, se observa que se trata de mujeres que deciden, voluntaria u obligadamente, emigrar en edades relativamente jóvenes. Además, dados los resultados expuestos, el perfil de mujeres nicaragüenses que acuden a consulta de trabajo social no supera los 50 años, ya que en estas edades las facilidades de poder encontrar un puesto de trabajo son más reducidas.

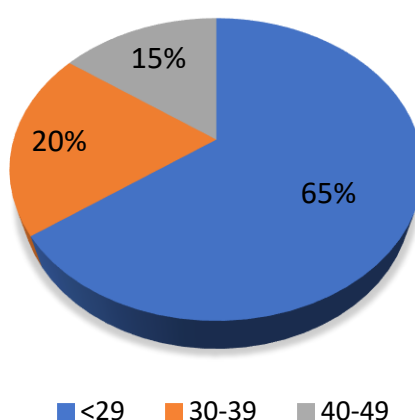


Gráfico 5.11 Edad. Nicaragua

En segundo lugar, a través de la información recogida se observa que la mayor parte de esta población no tiene pareja, es decir, tan solo el 30% de la muestra de mujeres nicaragüenses está casada, a diferencia del 70% restante que se encuentra en un estatus de soltera. Cabe destacar que, como ya he comentado anteriormente, me parece sorprendente que tan solo el 30% estén casadas, puesto que en la cultura de su país el matrimonio suele estar a la orden del día y se lleva a cabo en edades tempranas.

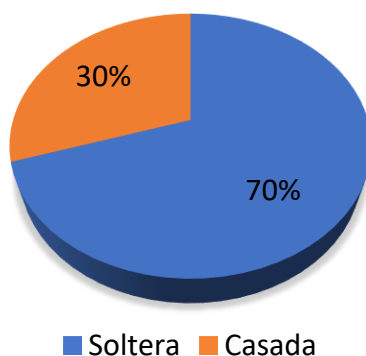
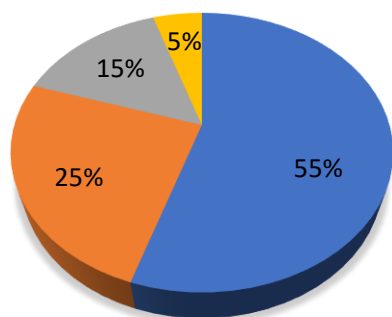


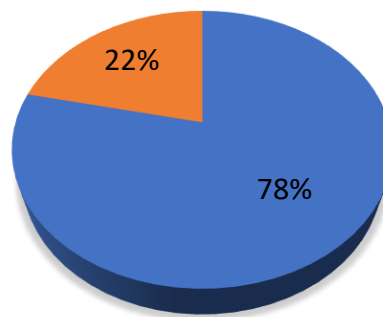
Gráfico 5.12 Estado civil. Nicaragua

En tercer lugar, el otro aspecto a resaltar está relacionado con los hijos de estas mujeres. En los siguientes gráficos se observan los porcentajes relativos a si tiene o no hijos y, en caso de tenerlos, si son menores de edad o no.



■ 0 ■ 1 ■ 2 ■ 3 o más

Gráfico 5.13 Número de hijos. Nicaragua

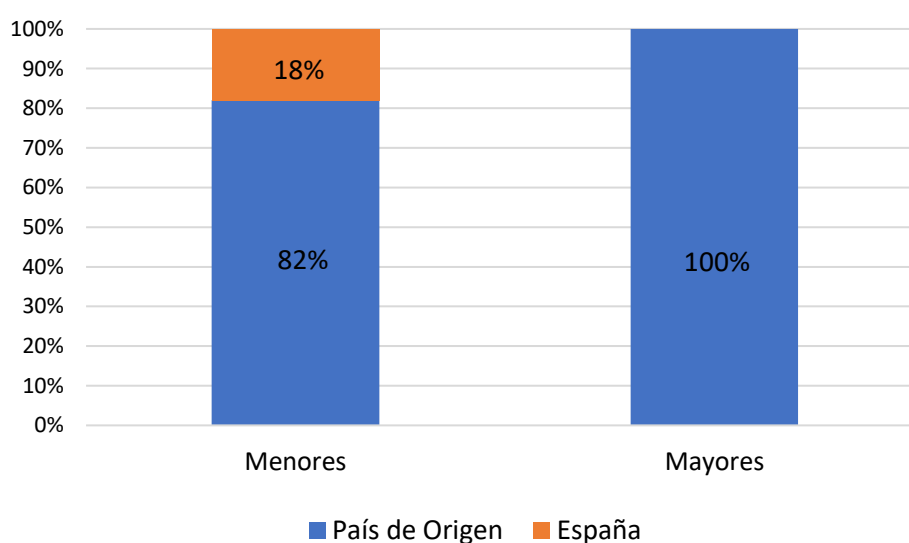


■ Menores ■ Mayores

Gráfico 5.14 Edad de los hijos. Nicaragua

En el gráfico de la izquierda se contempla que el 55% de mujeres nicaragüenses no tienen ningún hijo. Por el contrario, el 25% dispone al menos un hijo, el 15% dos hijos y tan solo el 5% tres hijos o más. Cabe destacar que el elevado porcentaje de mujeres sin ningún hijo podría estar condicionado por la edad de estas mujeres. En el gráfico de la derecha, se han recogido datos acerca de las edades de los hijos. Como resultado el 78% son menores de edad y el 22% son mayores.

Por último, en relación a los hijos, he decidido también analizar si de los hijos, menores o mayores, cuántos han podido trasladarse con sus madres o, por el contrario, tuvieron que quedarse en el país de origen, y el resultado fue el siguiente:



■ País de Origen ■ España

Gráfico 5.14 Lugar en el que viven los hijos. Nicaragua

En cuanto a los hijos menores de edad, el 82% se quedan en el país de origen sin sus madres, por tan solo el 18% que tienen el “privilegio” de poder trasladarse con sus madres al nuevo destino. Con respecto a los mayores de edad, no podemos hacer distinción entre los que se quedan o los que viajan, puesto que la totalidad de ellos, el 100% se quedan en el país de origen. En mi opinión esta variable es la más dura de analizar y más, concretamente en este caso, ya que prácticamente, tanto hijos menores como mayores no están con sus madres, sino a miles de kilómetros. De esta forma se refuerza el duelo migratorio que sufren estas mujeres, puesto que, al no poder contar con sus hijos, las situaciones de estrés y depresión son elevadas.

6. DISCUSIÓN

El colectivo inmigrante en la sociedad española se caracteriza por ser un sector de población que no tiene voz, es decir, que no cuenta con los mecanismos reivindicativos necesarios para mejorar la realidad social que viven en la actualidad. Este es un fenómeno que caracteriza al colectivo inmigrante en general, pero concretamente, en mayor medida, a las mujeres.

La cuestión de perspectiva de género no siempre se ha tenido en cuenta en los análisis llevados a cabo por el fenómeno migratorio. Desde siempre, se ha subestimado el papel que ejercen y el protagonismo de las mujeres dentro del colectivo migratorio, lo que ha provocado dificultades a la hora de estudiar este sector de población. Sin embargo, en los últimos años, el predominio de mujeres inmigrantes ha adquirido un gran potencial, por lo que no se debe abordar este tema sin tener en cuenta la perspectiva de género. De esta forma, a través de la información recogida he podido comprobar que más del 50% de la muestra total recogida, son mujeres. Como comenta Pérez (2008), la feminización de la inmigración es ya una realidad que poco a poco está cogiendo fuerza. Sin embargo, el hecho de que mi estudio se haya basado en mujeres inmigrantes no significa que el fenómeno migratorio ya se haya feminizado, sino que, en los próximos años la condición de género puede ser un factor importante a la hora de emigrar.

De los resultados obtenidos en la presente investigación y atendiendo tanto a las características económicas como a la situación en la que se encuentran los hijos, se puede deducir, coincidiendo con Feito (2007), que la inmigración genera situaciones de vulnerabilidad social por el hecho de ser inmigrante, y por ello encontrarse en una situación desfavorecida en tanto a recursos económicos, situación familiar o redes de apoyo con respecto a la población autóctona.

Atendiendo a, como comenta Navarro (2010), aquellas situaciones en las que las mujeres se ven obligadas y forzadas a tener que dejar a sus hijos en sus países de origen, he podido comprobar basándome en la información recogida que no solo es cierto, sino que además muchos de estos niños/as son menores de edad, lo que genera, además de situaciones de soledad y aislamiento, situaciones de tristeza al estar separadas de sus hijos. Además, esta autora también habla sobre la dificultad a la hora de alcanzar el bienestar psicológico debido a la ausencia de vínculos emocionales. Así pues, con los datos recogidos, entre las formas de convivencia, observamos que el 32% no cuentan con ningún tipo de apoyo, lo que hace que la estancia sea todavía aún más complicada y difícil de sobrellevar.

En relación a los datos recogidos del IAES sobre la población inmigrante en Aragón, cabe mencionar el hecho de que, como he comentado anteriormente, los porcentajes de inmigrantes más elevados proceden de Rumanía y Marruecos. Sin embargo, a lo largo del estudio, los mayores porcentajes de población son de nacionalidad nicaragüense, siendo la nacionalidad rumana inexistente y la marroquí prácticamente irrelevante.

Finalmente, otro de los aspectos relatados por Navarro (2010), en relación a la emigración femenina con carácter económico en las que las mujeres son utilizadas para desempeñar su mano de obra en trabajos poco cualificados, una de las variables analizadas ha sido la dependencia económica. De esta forma, a través de esta variable y debido a la ausencia de permiso de residencia del 100% de las mujeres del estudio, se ha comprobado que un 30% del total, trabajan en empleos sumergidos sin legalizar, es decir, en trabajos precarios y poco cualificados, lo que puede conllevar en ciertas ocasiones, situaciones de explotación salarial.

7. CONCLUSIONES

El proceso migratorio entraña una gran complejidad. No solo se trata de un simple traslado desde un punto de partida a otro de destino, sino de un trayecto, en muchas ocasiones, de sufrimiento y tristeza por la incertidumbre de lo que pueden encontrar en el nuevo “hogar” y por el hecho de tener que dejar en el país de origen a un sector amplio de su familia. Desde el trabajo social sanitario, el trabajo que se realiza con estas mujeres, en mi opinión, no es del todo completo, puesto que el seguimiento y el control que se lleva a cabo sobre ellas es prácticamente inexistente.

Actualmente, gran parte de este colectivo migratorio está formado por mujeres que tras su llegada no cuentan con apenas recursos económicos, en ocasiones sin hogares donde vivir, y sin redes de apoyo que puedan ayudarlas. Por ello, la emigración es sinónimo de asumir riesgos, ya no solo por no saber lo que pueden encontrar, sino por las consecuencias que pueden derivarse, tales como la desintegración familiar, dificultades para reunir a la familia, incertidumbre por no saber si volverán a ver a sus hijos, entre otras muchas dificultades. Así pues, se hacen necesarias llevar a cabo políticas de co-inclusión, en la que las inmigrantes no sólo estén insertadas en la sociedad, sino también integradas e incluidas socialmente.

Pese a los datos recogido por el IAES, contrasta el hecho de que en mi estudio la nacionalidad latinoamericana sea la más frecuente entre estas mujeres. En concreto, las mujeres nicaragüenses son las que en mayor medida se están viendo obligadas a abandonar sus hogares. La crisis que ha estallado junto con el conflicto que ha dejado cientos de muertos han sido los principales motivos por los que miles de nicaragüenses han decidido huir de sus hogares en busca de una vida digna.

El duelo migratorio por el que pasan las mujeres inmigrantes, en muchas ocasiones, se deja de lado. Por ello, en mi opinión creo que la actuación profesional por parte de los trabajadores sociales es fundamental, ya sea a través de grupos de apoyo para que conozcan otras experiencias similares y sepan que no están solas, efectuando un seguimiento continuo con el objetivo de conocer las potencialidades de esas mujeres y orientarlas hacia una nueva vida, o a través de la organización de talleres de habilidades sociales que les permitan el acceso a un puesto laboral. Por ello, nuestra labor como trabajadores sociales es fundamental, puesto que conformamos, en muchas ocasiones, el principal apoyo sobre el cual estos colectivos pueden construir de nuevo sus vidas.

La emigración que realizan, en muchos casos, no se lleva a cabo de forma voluntaria, sino por causas que difieren en gran medida de aspectos de ocio y disfrute. La mayor parte se trasladan en edades jóvenes, con la idea de buscar un empleo y obtener ingresos económicos para ella y sus familias, ya se encuentren en el nuevo destino con ellas o bien se hayan quedado en el país de origen. Por ello, la búsqueda empedernida de un puesto laboral por parte de este colectivo puede dar lugar a situaciones de abusos y explotación, colocándole en una situación de inferioridad respecto a la autóctona y promoviendo modelos de segregación y discriminación. De esta forma, desde el trabajo social, creo que es necesario favorecer la interculturalidad y concienciar a la sociedad sobre la igualdad entre ambas culturas, eliminando de esta forma la supuesta “superioridad” de una cultura frente a la otra.

En definitiva, el fenómeno migratorio conlleva situaciones de vulnerabilidad y exclusión social que en numerosas ocasiones sitúan a este sector de población en condiciones de inferioridad con respecto a la población autóctona. La persona inmigrante se encuentra en un lugar desconocido y nuevo, que jamás antes había visto, por lo que la situación de desventaja es más que notable. La propia población autóctona, por un lado, debe hacerse responsable y participar en la integración de este colectivo y romper con los prejuicios y estereotipos que asolan a este colectivo y, por otro lado, nosotros como trabajadores sociales, debemos

contribuir de una u otra manera a la inclusión de estas personas favoreciendo e intentando ayudarles para que puedan llegar a participar en la sociedad y, en cierta medida, lleguen a considerarse importantes. Para ello, es necesario no ver la inmigración como un problema y como un fenómeno conflictivo, sino como una oportunidad con multitud de aspectos positivos a través de la cual salimos beneficiados todos.

8. BIBLIOGRAFÍA

- ACNUR. (Julio de 2017). *Migrantes en situaciones de vulnerabilidad*. Obtenido de <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=5979dcfa4>
- Acoge, R. (2015). *Los efectos de la exclusión sanitaria en las personas inmigrantes mñas vulnerables*. Madrid. Recuperado el 17 de Mayo de 2019, de https://www.redacoge.org/mm/file/2015/Jur%C3%ADdico/Informe%20Sanidad%20RED_ACOGE.pdf
- Amnistía Internacional (2013). *El laberinto de la exclusión sanitaria: Vulneraciones del derecho a la salud en las Islas Baleares*. Recuperado el 7 de mayo de 2019, de https://cdn27.hiberus.com/uploads/documentos/documentos_amnistiainternacionalellaberintodelaexclusinsanitaria2013_b105ca57.pdf
- Boletín Oficial del Estado, Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud, 30 de julio de 2010, núm. 183, pp. 76258-76264
- Boletín Oficial del Estado, Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, 29 de mayo de 2003, núm. 128, pp. 20567-20588
- Bosque, R. L. (2005). Aproximación a las migraciones de retorno en Aragón. *Cuadernos geográficos de la Universidad de Granada*, 36(1), 333-348.
- Calvo, V. G. (2005). El duelo migratorio. *Revista de Trabajo social*(7), 77-97. Recuperado el 15 de Mayo de 2019
- Caro, M. T. T. (2011). Feminización de las migraciones y vulnerabilidad. Repensar el fenómeno de la inmigración. *Vanguardias e innovaciones pedagógicas*.
- Castro, A. M. (2007). Inmigración, servicios públicos e integración social/Immigration, public services and social integration. *Cuadernos De Trabajo Social*, 20, 25-34. Retrieved from <https://search-proquest-com.cuarzo.unizar.es:9443/docview/213907064?accountid=14795>
- Chuaqui, J., Mally, D., & Parraguez, R. (2016). EL CONCEPTO DE INCLUSIÓN SOCIAL. *Revista de Ciencias Sociales*, (69). 163-184.
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 30, pp. 07-22). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Grande, M. D. P. (2008). MUJERES INMIGRANTES: REALIDADES, ESTEREOTIPOS Y PERSPECTIVAS EDUCATIVAS. *Revista Española De Educación Comparada*, (14), 137-175. Retrieved from <https://search-proquest-com.cuarzo.unizar.es:9443/docview/1115388358?accountid=14795>
- Gobierno de Aragón (s.f.). *Instituto Aragonés de Estadística*. Recuperado el 28 de Mayo de 2019, de https://www.aragon.es/DepartamentosOrganismosPublicos/Institutos/InstitutoAragonesEstadistica/AreasTematicas/02_Demografia_Y_Poblacion/01_CifrasPoblacion_Y_Censos/01_Padron/03_Exploatacion_Padron/ci.02_Extranjeros_residentes.detalleDepartamento?channelSele
- Gobierno de Aragón, Instrucción de 7 de agosto de 2015, del consejero de sanidad, por la que se regula el acceso a la asistencia sanitaria en Aragón para las personas extranjeras sin recursos

económicos suficientes ni cobertura de asistencia sanitaria del sistema nacional de salud, 7 de agosto de 2015, pp. 1-8.

- González-López, J. R., Lomas-Campos, M., & Rodríguez-Gázquez, M., de los. (2010). EVOLUCIÓN DE LA INMIGRACIÓN EN EUROPA Y ESPAÑA DURANTE LOS SIGLOS XX Y XXI 1. *Revista Cuidarte*, 1(1), 73-81. Retrieved from <https://search-proquest-com.cuarzo.unizar.es:9443/docview/1954228527?accountid=14795>
- Gutiérrez, L. M., Castro, M. J. P., & Ruiz, M. F. (2018). Inmigrantes latinoamericanas en salamanca: Estudio de experiencias y casos. *Comunitania*, (15), 137-157. Retrieved from <https://search-proquest-com.cuarzo.unizar.es:9443/docview/2119851753?accountid=14795>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2006). Capítulo 1: Similitudes y diferencias entre los enfoques cuantitativo y cualitativo. En R. Hernández Sampieri, C. Fernández Collado, & P. Baptista Lucio, *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill. Obtenido de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf
- Jansà, J. M., & García de Olalla, P. (2004). Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. *Gaceta sanitaria*, 18, 207-213.
- Lobera Pérez-Mínguez, M. R. (2004). Inmigración, diversidad, integración exclusión: conceptos clave para el trabajo con la población inmigrante. *Revista de estudios de juventud*, (66), 11-21.
- *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*. (s.f.) Recuperado el 15 de Mayo de 2019, de <https://www.msbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/inclusionSocialEspana/marcoUnionEuropea/home.htm>
- Murcia, A. d. (2019). *Informa Joven*. Obtenido de http://www.informajoven.org/info/derechos/h_3_9_2.asp
- Navarro Rubio, M. (2010). *MIAS: mujer inmigrante y asistencia sanitaria*. (S. & Healthcare, Ed.)
- Ramírez, M. J. (2008). APROXIMACIÓN TEÓRICA DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL: COMPLEJIDAD E IMPRECISIÓN DEL TERMINO. CONSECUENCIAS PARA EL ÁMBITO EDUCATIVO. *Estudios Pedagógicos*, XXXIV(1), 173-186. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052008000100010
- Rincón, L. E. D. (2014). El derecho a la asistencia sanitaria de los inmigrantes irregulares: reflexiones sobre la reforma introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril. *Revista de estudios políticos*, (163), 189-231. <file:///C:/Users/hecto/Downloads/Dialnet-ElDerechoALaAsistenciaSanitariaDeLosInmigranteslrr-4663436.pdf>
- Rizo López, A. (2006). ¿A qué llamaos exclusión social?. *POLIS, Revista Latinoamericana*, 5 (15)
- Ruiz Olabuénaga, J. I., Aristegui, I., & Melgosa, L. (2002). Cómo elaborar un proyecto de investigación social. *Cuadernos monográficos del ICE*, 7.
- Sánchez, E. B. (s.f.). *Definiciones y conceptos sobre la migración. Apuntes sobre la migración internacional y su estudio*. Obtenido de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/guzman_c_e/capitulo1.pdf

- Solé, C., Alcalde, R., Pont, J., Lurbe, K., & Parella, S. (2002). El concepto de integración desde la sociología de las migraciones. *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (12), pp. 21.
- Vallejo, M. E. (2015). *Derribando el muro de la exclusión sanitaria*. Médicos del mundo, Madrid. Recuperado el 7 de mayo de 2019, de https://www.ucm.es/data/cont/docs/85-2015-02-23-documentos_Derribando_la_exclusion_sanitaria_okv2_a58192e3.pdf
- Velázquez, M. C. (Septiembre de 2009). El trabajo social sanitario en la atención primaria de salud. *Enfermeros*, III(2), 70-79. Recuperado el 28 de Abril de 2019

9. ANEXOS

1- Consentimiento CEICA (Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón).



Informe Dictamen Favorable Trabajos académicos

C.P. - C.I. PI19/242

5 de junio de 2019

Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 05/06/2019, Acta N° 11/2019 ha evaluado la propuesta del Trabajo:

Título: Análisis de la situación de vulnerabilidad social de mujeres inmigrantes que carecen de asistencia sanitaria.

Alumno: HÉCTOR GRASA ORTIGA

Directoras: Mª Jesús Ballestín y Adoración Burro Dal

Versión protocolo: v2.0 de 1/06/2019

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y los principios éticos aplicables.
- El Tutor/Director garantiza la confidencialidad de la información, la obtención del permiso para acceder a los datos, el adecuado tratamiento de los datos en cumplimiento de la legislación vigente y la correcta utilización de los recursos materiales necesarios para su realización.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza

GONZALEZ
HINJOS MARIA -
DNI 03857456B

Firmado digitalmente
por GONZALEZ HINJOS
MARIA - DNI 03857456B
Fecha: 2019.06.07
13:00:12 +02'00'

María González Hincos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

- Consentimientos de la Comisión de Investigación del Sector II.



HOSPITAL UNIVERSITARIO
"MIGUEL SERVET"
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN

D. Antonio ARRIBA MUÑOZ, Presidente de la Comisión de Investigación e Innovación del Sector Zaragoza 2.

INFORMA

Que la Comisión de Investigación de este Sector, una vez evaluado el proyecto de investigación "ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD SOCIAL DE MUJERES INMIGRANTES QUE CARECEN DE ASISTENCIA SANITARIA" presentado por D. Héctor Grasa Ortiga, reúne las suficientes garantías en lo referente a calidad como trabajo de investigación clínica, así como aspectos de aplicabilidad clínica en el ámbito sanitario.

En Zaragoza, a treinta de mayo de dos mil diecinueve.



PROTOCOLO DE EVALUACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION

IDENTIFICACIÓN: Héctor Grasa Ortiga

CODIGO: 14-2018 AP

Título: Análisis de la situación de vulnerabilidad social de mujeres inmigrantes que carecen de asistencia sanitaria

Objetivo:

☐ Tesis ☐ Publicación ☐ Comunicación ☒ Otros: Trabajo fin de grado

Fecha de evaluación: 8/3/2019

VALORACION INICIAL



VIABLE



VIABLE CON MODIFICACIONES



NO VIABLE

NOMBRE EVALUADOR/ES:



Firma

EL DIRECTOR DE ATENCIÓN PRIMARIA
SECTOR ZARAGOZA II

OBSERVACIONES

Fdo.: Juan Carlos Palacín Arbúes

	SI	NO	No procede	Observaciones
1 ¿Cuenta con la aprobación del responsable o responsables de la Unidad/Unidades implicadas?	x			
2 INTRODUCCIÓN				
• Fundamenta el problema de investigación	x			
• Justifica la necesidad de la propuesta de investigación	x			
• Bibliografía actualizada	x			
3 HIPÓTESIS				
• Correctamente formulada	x			
• Fundamentada en conocimiento previo	x			
• Responde al problema planteado	x			
• Permite su comprobación experimental			x	
4 OBJETIVOS				
• Relevancia científica	x			
• Emanan de la/s hipótesis	x			
• Cuantificables / evaluables	x			
• Realizables	x			
• Bien redactados	x			

	SI	NO	No procede	Observaciones
5 DISEÑO				
• Se define y se describen las características fundamentales del diseño	x			
• Adecuado a la pregunta de investigación	x			
• Presencia de sesgos		x		
6 EMPLAZAMIENTO DE LA POBLACIÓN A ESTUDIO				
• Explicitado	x			
• Adecuado	x			
• En el caso de animales de experimentación, ¿se recogen los criterios de estabulación?			x	
7 SUJETOS A ESTUDIAR				
• ¿Son pacientes?	x			
• ¿Son animales de experimentación?		x		
• ¿Son muestras biológicas?		x		
• Se reflejan sus características	x			
• Criterios de selección (inclusión y exclusión)	x			
• Los criterios de selección son adecuados	x			
• Se justifica adecuadamente un tamaño muestral	x			
• Contempla no respuestas o abandonos			x	

	SI	NO	No procede	Observaciones
8 INTERVENCIONES				
• Están bien definidas			X	
• Están justificadas			X	
• En el caso de animales de experimentación, ¿se describen los métodos de anestesia/analgesia?			X	
9 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES				
• Variable respuesta bien definida	X			
• Método de medición de la variable respuesta bien definido	X			
• Descripción de la/s variables independientes	X			
• Descripción de las posibles variables modificadoras del efecto	X			
• Métodos de medición de las variables bien definidos	X			
10 DISEÑO ESTADÍSTICO				
• Se describe el tratamiento estadístico	X			
• Se adecua al tipo de variables	X			
• Se adecua al diseño de investigación	X			
• Permitirá responder adecuadamente a las hipótesis planteadas	X			

	SI	NO	No procede	Observaciones
11 RESULTADOS ESPERADOS				
• Se describen correctamente los resultados que se esperan obtener	x			
• Son relevantes desde el punto de vista científico	x			
12 ¿HA SOLICITADO EVALUACION DEL COMITÉ ETICO DE INVESTIGACION CLÍNICA?	x			
13 PRECISA EVALUACION DE LA COMISION ETICA DE EXPERIMENTACION ANIMAL		x		
14 SE DETECTAN PROBLEMAS ÉTICOS DE NECESARIA RESOLUCIÓN		x		
15 IDONEIDAD DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL Y COLABORADORES	x			
16 EL EQUIPO INVESTIGADOR ACREDITA FORMACION EN EXPERIMENTACION ANIMAL			x	
17 INSTALACIONES ADECUADAS	x			
18 REPARTO DE TAREAS Y CRONOGRAMA AJUSTADO	x			
19 PRESUPUESTO AJUSTADO Y REALISTA			x	